

Descartar en 1 Año	SI	No
Descartar en 72 horas	SI	No
Fecha	Presidente	

INFORMACION DE LA VICTIMA

Nombre _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ ZP _____
 Núm. de Teléfono de la Casa _____ Núm. del trabajo _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Núm de Seguro Social _____
 Sexo: Masculino Femenino La víctima Falleció? SI No
 Estadísticas Federales (Opcional)
 Raza:
 Indio Americana/Alaska Asiática/Isla Pacífica Negra Hispana Blanca Otra Origen Nacional: _____
 Quien lo refirió al programa de compensación:
 Hospital La Policía Acusador Servicios Policiales a Víctimas DOJ Servicios a Víctimas Cartelero/Folleto/Anuncio
 Servicio de Anuncios Públicos Otro: _____ Contacto: _____

INFORMACION DEL DEMANDANTE
 (Complete sólo si la víctima es menor de 18 años, o mental/físicamente incapaz)

Nombre _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ ZP _____
 Núm. de Teléfono de la Casa _____ Núm. del Trabajo _____
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Núm. de Seguro Social _____
 Sexo: Masculino Femenino Parentesco con la Víctima (madre, hermano/a, etc.) _____

INFORMACION DEL CRIMEN

Policía/Agencia que reporta _____ Reporte Policial Número _____
 Lugar del Crimen (domicilio) _____ Ciudad _____ Estado _____ ZP _____
 Fecha del Crimen ____/____/____ Fecha que se Reportó el Crimen ____/____/____ Nombre del Sospechoso _____
 Parentesco del Sospechoso con la víctima _____
 Tipo de Crimen: Asalto DWI/DUI Homicidio Abuso Sexual a un Menor Abuso Físico a un Menor Asechamiento
 Secuestro Incendio Premeditado Abuso Doméstico Abuso Sexual a un Adulto Robo Ayanamiento de Morada
 Otro Por favor especifique: _____

INFORMACION DE LA PÉRDIDA

Marque el tipo de gastos/daños por lo que busca compensación. Tiene que intentar de recuperar sus pérdidas de todos los otros recurso(s).
 Médico/Dental Pérdida de Ingreso/Sueldo Funeral/Entierro Consejería en Salud Mental Limpieza de la Escena del Crimen
 Salud Mental (Segunda Víctima) Pérdida del Sosten de los Dependientes de la Víctima Mudanza/Relocalización/Vivienda temporera
 Otro Por favor especifique: _____
 Cantidad Aproximada de la pérdida -- \$ _____ (Debe demostrar un mínimo de \$25.00)
 Nombre de la Segunda Víctima _____ Parentesco con la Víctima _____
 Otra(s) Víctima(s) Secundaria(s) _____

INFORMACION MEDICA

(Enliste todos los proveedores Médicos/Dentales y/o todos aquellos que hayan provisto servicios a la víctima)

Nombre	Domicilio	Teléfono	Cantidad Debida
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

INFORMACION DEL EMPLEADOR DE LA VICTIMA

Nombre del Empleador _____
 Domicilio del Empleador _____ Ciudad _____ Estado _____ ZP _____
 Número de Teléfono _____ La víctima trabaja por su propia cuenta? SI NO
 Fechas que la víctima perdió de trabajo- _____ al _____ Cuanto sueldo perdió debido a los daños \$ _____
 La víctima fué autorizada de regresar al trabajo en- _____ Por _____ (nombre del doctor)

